4

Clinique chirurgicale de M. le Professeur Gross

—

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA GASTROSTOMIE

POUR CANCER DE L'ŒSOPHAGE

PAR

GEORGES GROSS

Interne des Hôpitaux

—

rait de la *Revue médicale de l'Est*. — 1899

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30596415

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR GROSS

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA GASTROSTOMIE POUR CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Par Georges GROSS

Interne des Hôpitaux.

Dans le traitement du cancer de l'œsophage la gastrostomie donne aujourd'hui des résultats assez bons pour qu'elle soit devenue le traitement palliatif de choix, préférable en tout point, et à la sonde à demeure et au tubage œsophagien. Lorsqu'elle n'est pas faite sur des malades cachectisés déjà par leur néoplasme et anémiés par plusieurs semaines d'alimentation insuffisante, elle donne d'excellents résultats. Grâce à l'antisepsie, sa mortalité est à peu près nulle, et grâce aux perfectionnements de la technique opératoire, la bouche stomachale peut être obtenue continente. Mais, si tous les chirurgiens sont d'accord quant aux indications de l'opération, il n'en est pas de même quant aux procédés à employer.

La valeur relative des nombreux procédés proposés n'est pas encore établie. Une discussion récente de la Société de chirurgie le prouve (1).

La grande difficulté est d'avoir un estomac continent, qui

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.* 1899. — Séance du 26 avril.

ne laisse pas s'écouler le contenu gastrique par la fistule créée, car il en résulte une irritation, même une auto-digestion des bords de la plaie, par le liquide gastrique plus ou moins altéré, et une alimentation insuffisante du malade. Pour éviter ce grave inconvénient, véritable complication de la gastrostomie, il n'est pas de procédé qui n'ait été inventé. Je ne veux pas les discuter ici, d'autant plus que beaucoup d'entre eux ne sont pas entrés dans la pratique courante, je ne pourrais d'ailleurs qu'en copier la description dans le magistral traité que MM. Terrier et Hartmann ont publié tout récemment (1); e veux seulement, à propos de deux malades, opérés dans le service de M. le professeur Gross, l'un par le procédé classique, l'autre par le procédé de Fontan, insister sur les propositions suivantes :

1° Qu'aucun procédé n'est infaillible ; 2° Que la continence ne dépend pas seulement du procédé employé ; 3° Que les procédés les plus simples sont souvent ceux qui donnent les meilleurs résultats ; 4° Qu'il faut opérer en un seul temps ; 5° Qu'il est important de faire, après l'opération, l'antisepsie de la cavité buccale.

1° *Aucun procédé n'est infaillible.* — Témoin les récentes discussions de la Société de Chirurgie (séance du 26 avril 1899), les discussions déjà plus anciennes de la même Société (2) où chaque opérateur cite des malades à estomac continent opérés par les procédés les plus divers.

Depuis la première gastrostomie faite sur l'homme, par Sédillot, à Strasbourg, le 13 novembre 1849, jusqu'à l'ère chirurgicale moderne, les procédés ont varié à l'infini : parmi ces procédés, lesquels convient-il d'adopter.

M. le Professeur Berger, puis M. le professeur Terrier et surtout ses élèves Delagenière et Hartmann, ont décrit un procédé devenu vite classique, datant de 1890-91, et employé avec de légères modifications par la majorité des chirurgiens. Dans ce procédé, nommé procédé Terrier (3), la

(1) Terrier et Hartmann. — *Chirurgie de l'estomac.* 1899.

(2) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.* 1898. — Séance du 27 avril.

(3) F. Terrier et Delagenière. — *Revue de Chirurgie.* 1890, p. 198 et F. Terrier et Louis. *Revue de Chirurgie.* 1891. p. 308.

suture de la muqueuse gastrique à la peau évite la formation d'un orifice rétractile. L'ouverture doit être aussi petite que possible, faite avec la pointe du bistouri ou du thermocautère, juste suffisante pour admettre une sonde Nélaton, numéro 20 ou 22. Au début M. Terrier mettait une petite sonde à demeure dans la plaie, mais l'ouverture s'agrandissait, et l'on avait tous les inconvénients résultant de l'écoulement du suc gastrique sur la peau. En partant du principe que la sonde ne pouvait qu'amener la dilatation progressive de la fistule, M. Hartmann eut l'idée de supprimer toute sonde à demeure, tout obturateur, et de n'introduire la sonde qu'au moment des repas. Le résultat fut excellent (1).

La formation d'un canal muqueux dont les plis sont adossés, suffit donc pour assurer la continence du contenu gastrique. Ce procédé, classique aujourd'hui, est parfois simplifié par la suppression de la suture de la muqueuse stomacale à la peau.

Parfois cependant, la continence n'était pas parfaite dans le procédé de MM. Terrier et Hartmann.

Aussi a-t-on cherché d'autres moyens pour assurer cette continence ; une série des procédés ont été décrits, tous ingénieux, mais plus longs et plus difficiles, et qui n'ont pas donné mieux que le procédé Terrier et que le procédé simple. Dans ces divers procédés, on cherche, ou à former un sphincter autour de la fistule, ou à la transformer en un véritable canal pseudo-œsophagien, ou à créer une valvule obturatrice naturelle.

Les essais de formation de sphincter ont presque toujours consisté à attirer l'estomac à travers le muscle grand droit (Von Hacker, Girard, Hartmann) ou encore à tordre l'estomac attiré en dehors (Ullmann). — La formation d'un canal intermédiaire, entre l'estomac et l'extérieur, se fait aux dépens de l'estomac. Grâce à une disposition spéciale des bords de l'orifice on a réussi à créer une sorte de valvule saillante dans l'estomac, et devant empêcher tout liquide de sortir.

A cette dernière classe, appartient un des procédés les

(1) Hartmann. — *Bulletin de la Société anatomique.* 1891, p. 117.

plus nouveaux, proposés pour la gastrostomie, celui de Fontan (1), qui est basé sur une idée théorique excellente.

Ce procédé, adopté à Paris par M. Ricard (2), a été appliqué avec succès, sur deux malades du service de M. Gross, par M. le professeur agrégé André (3); il nous a donné un insuccès, chez le malade de notre observation II.

Aujourd'hui, malgré l'affluence des procédés nouveaux, il semble que la majorité des chirurgiens français donnent leur préférence au procédé de gastrostomie préconisé par Terrier et Délagenière en le simplifiant parfois par la suppression de la suture muco-cutanée. A la Société de Chirurgie, tout récemment (26 avril 1899) M. Monod se déclare partisan du procédé simple, MM. Routier, Schwartz, Tuffier, Lucas-Championnière, défendent le même procédé. En présentant son malade, M. Monod déclare le présenter justement, parce que l'on invente tous les jours de nouveaux procédés qui ne donnent pas de meilleurs résultats que les anciens. Déjà en 1898, lors d'une discussion soulevée par M. Ricard à la même Société (27 avril 1898), MM. Tuffier, Routier, Schwartz, Monod se déclarèrent pour le procédé simple.

Mon maître, M. le professeur Heydenreich, procédait aussi de la sorte, et je me rappelle lui avoir vu faire, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, plusieurs gastrostomies par le procédé simple, sans suturer la muqueuse à la peau. Ses opérés ont toujours gardé leur contenu gastrique. Telle est aussi la pratique habituelle de M. Gross.

2° *La continence ne dépend pas seulement du procédé employé.* — La continence dépend de plusieurs facteurs : d'abord du bon abouchement de la fistule, ensuite de la tolérance de l'estomac. « Il est des estomacs qui sont toujours intolérants, et qui chassent leur suc gastrique quoi qu'on fasse et quel que soit le procédé employé. » (Tuffier.)

(1) Fontan. — *10e Congrès français de Chirurgie.* 1896, p. 86.

(2) Ricard. — *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie.* 1897-XXIII, pp. 500 et 625 et *Société de Chirurgie.* Séance du 27 avril 1898.

(3) André. — *Archives provinciales de Chirurgie.* 1er février 1899, p. 120.

Pour M. Terrier, la continence d'un estomac gastrostomisé dépend surtout de l'endroit où l'on établit la bouche. Tel est aussi l'avis de M. Gross. De cette considération résulte l'importance, lors de l'intervention, de vérifier la position exacte de l'estomac, position, on le sait, très variable. Il faut établir la bouche aussi haut que possible, sur la face antérieure de l'estomac, pour éviter que la fistule n'occupe un point trop déclive, comme aussi pour éviter de léser les vaisseaux, plus nombreux à la région où s'insère l'épiploon. Enfin, il ne faut pas mettre de sonde à demeure, pour que la fistule, faite très étroite, ne s'élargisse pas ultérieurement. Pour M. Terrier, il faut encore suturer la muqueuse à la peau, mais cette précaution est moins nécessaire.

3° *Les procédés les plus simples sont souvent ceux qui donnent les meilleurs résultats.* — On le voit par la pratique de la plupart des chirurgiens français, et l'on connaît peu de résultats aussi satisfaisants que celui obtenu par M. Schwartz, qui, le 20 juillet 1898, présente à la Société de Chirurgie un malade dont l'estomac est parfaitement continent, opéré par lui seize mois auparavant par le procédé simple : suture hermétique de l'estomac au péritoine pariétal, puis ponction et sondage immédiat.

Si on ne suture pas la muqueuse à la peau, il peut y avoir tendance à la cicatrisation de la fistule, tendance signalée par MM. Routier et Schwartz dans le procédé ordinaire (1), et par M. André (*loco citato*, p. 125), dans le procédé de Fontan. C'est là le petit inconvénient de ces procédés et c'est pour l'éviter que M. Terrier fait sa suture muquo-cutanée : d'ordinaire l'introduction journalière de la sonde nécessitée par l'alimentation du malade maintient le calibre de l'orifice.

4° *Il faut toujours opérer en un seul temps.* — Dans ces dernières années, M. Poncet a préconisé l'opération en deux temps (Terrier, *loco citato*, p. 55) : gastropexie et secondairement ponction de l'estomac au milieu de la cicatrice. Tout d'abord, on ne peut pas toujours opérer en deux temps ;

(1) Routier et Schwartz. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.* 1898, p. 444 et 445.

la gastrostomie pour cancer de l'œsophage revêt parfois un caractère d'urgence : si le malade amené au chirurgien est déjà resté plusieurs jours sans rien ingérer, s'il est trop affaibli pour attendre. Outre la nécessité, parfois impérieuse, d'alimenter le malade, il est souvent difficile, au bout de quelques jours, et a fortiori au bout de quelques mois, de retrouver la surface de l'estomac entre les bords gonflés et bourgeonnants de la plaie ou dans le tissu cicatriciel. Enfin, on a eu, en opérant de la sorte, des accidents : MM. Monod et Schwartz qui s'étaient faits, à Paris, les défenseurs de l'opération en deux temps, l'ont actuellement abandonnée : tous deux, croyant ouvrir l'estomac, ont ouvert l'arrière cavité des épiploons, et vingt-quatre heures durant, y ont injecté des aliments (*Bulletins de la S. de Chirurgie*, 1898, p. 445). M. Gross qui préconisait également cette méthode (1), y a renoncé également, mais après un accident d'autre sorte : voulant ouvrir l'estomac d'un malade quelques jours après une gastropexie, il incisa la musculeuse gastrique seule et enfonça à plusieurs reprises sa sonde entre la muqueuse et la musculeuse.

5° *Il faut faire de l'antisepsie buccale après la gastrostomie.* — En effet, à l'état normal, il existe dans la bouche des micro-organismes « dont la virulence virtuelle peut s'exalter dès que le milieu organique, de physiologique devient pathologique (2) ». Tant que les aliments passent par la bouche, il s'y fait en quelque sorte un nettoyage mécanique, qui cesse par la suppression de l'alimentation buccale. En outre, cette suppression de l'alimentation buccale diminue considérablement la sécrétion salivaire, et prive ainsi l'organisme d'un moyen de défense important, puisque la salive est un milieu défavorable au développement des microorganismes pathogènes (3).

L'absence de ces conditions physiologiques fait donc de la bouche un excellent milieu de culture. MM. Jacques et Prautois (4) ont observé, dans le service de M. le professeur

(1) Gross. — Société de Médecine de Nancy. 28 décembre 1892, et *Revue médicale de l'Est.* — T. xxv, p. 88.

(2) Thomas. — *Thèse de Paris.* 1891.

(3) Sanarelli. — *Centralblatt für Bakt.* x, p. 187.

(4) Jacques et Prautois. — *Revue médicale de l'Est.* xxv, p. 663.

Gross, en 1892 et 1893, deux cas de parotidites, chez deux opérés, le premier de gastrostomie, le second de gastroentérostomie, parotidites infectieuses d'origine buccale. Il est donc extrêmement important, pour prévenir de tels accidents, de faire, chez les opérés nourris par voie artificielle, une antisepsie soignée de la bouche, par de fréquents lavages au permanganate de potasse. Malgré cet inconvénient, résultant de la suppression de l'alimentation buccale, il faut ne pas soumettre le malade à une alimentation par la bouche et la fistule combinée, comme il est d'habitude de le faire. Il vaut mieux, dès l'opération, nourrir le malade uniquement par la fistule, même pour les liquides, car la cessation de toute alimentation par la bouche met l'œsophage cancéreux au repos, et retarde peut-être l'évolution du néoplasme.

Sans rejeter a priori les procédés valvulaires, nous avons surtout voulu montrer dans ce court mémoire, que par les procédés simples on peut obtenir une fistule continente et que les accidents d'incontinence ne sont pas toujours évités par les procédés nouveaux. A l'appui de notre dire, les deux observations suivantes :

Observation I. — *Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastrostomie par le procédé Terrier. — Guérison.*

R... Claude, 52 ans, propriétaire à Saint-Dizier (Haute-Marne), entre le 6 mai 1899 dans le service de M. le professeur Spillmann qui l'évacue dans le service de chirurgie de M. le professeur Gross, le 13 mai.

Le malade n'offre rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. Il aurait eu, il y a quelques années, des rhumatismes articulaires ; avoue des accès éthyliques répétés.

Le malade n'avait jamais eu de symptômes gastriques, quand, dans le courant de l'année dernière, il remarqua être sujet à un peu de hoquet dès qu'il avait mangé. Depuis le mois de décembre 1898, il ressent une certaine gêne en avalant ; pas de douleur. Les aliments cependant étaient encore déglutis, pas de regurgitation. Cette gêne, seul symptôme observé, va en augmentant et depuis le mois d'avril le malade ne peut plus guère avaler de solides. Les aliments sont immédiatement regurgités. Les aliments solides

sont remplacés d'abord par du bouillon, des œufs, du lait. Aujourd'hui le malade n'avale même plus son lait ; depuis une quinzaine environ il le rend immédiatement. En même temps, depuis un mois, le malade a beaucoup maigri : de 35 livres environ. Depuis quelques jours, tout aliment ingéré est immédiatement rendu.

Le 13 mai, jour de son entrée au service, le malade est pâle, maigre. Le pouls est normal, bien frappé. A l'examen et à la palpation, on ne constate rien à l'extérieur, mais le catéthérisme œsophagien nous renseigne : à 33 centimètres des arcades dentaires, l'olive, même la plus fine, est arrêtée par un rétrécissement dur, absolument infranchissable. Ce rétrécissement est situé (si on défalque les 15 centimètres séparant les arcades dentaires du commencement de l'œsophage) à 18 centimètres de cet orifice supérieur, à 7 centimètres du cardia. Aucun signe de compression de voisinage. pas de ganglions aux régions tributaires accessibles.

Le 14 et 15 mars, le malade est nourri par deux lavements nutritifs par jour, composés chacun d'un litre de lait et d'un œuf.

Le 16 mai, on pratique la gastrostomie par le procédé de M. Terrier. Après anesthésie au chloroforme et antisepsie de la région, incision classique de la paroi abdominale, à un travers de doigt du rebord costal gauche et parallèlement à lui. L'estomac est facilement accessible. On reconnaît sa position qui est normale, et l'on saisit la partie supérieure de sa face antérieure avec une pince de Chaput, puis on l'attire au dehors, à travers les lèvres de la plaie, auxquelles on le fixe par une série de points en U, avec de la soie fine. Des points séparés ferment les extrémités de l'incision péritonéale pariétale. Avec la pointe d'un bistouri, on pratique ensuite une toute petite ouverture au milieu du cône stomacal saillant à travers la paroi abdominale. Deux points de suture fixent à la peau la muqueuse stomacale. Enfin une sonde Nélaton, n° 16, est introduite dans la cavité de l'estomac et laissée à demeure, obturée par une pince hémostatique. Pansement avec compresses et coton stériles.

Les suites opératoires furent normales. La température, qui

oscilla autour de 38° les sept premiers jours, redevient normale le huitième jour.

Les quatre premiers jours le malade est alimenté par le rectum : deux lavements par jour, chacun d'un 1/2 litre de lait, un œuf et un peu de cognac.

Dès le premier jour antisepsie buccale, avec du permanganate de potasse.

Pendant quatre jours injection de 500 grammes de sérum artificiel par jour.

Le 20 mai premier pansement. On commence à alimenter le malade par la bouche stomacale, une fois par jour, le matin. Le soir on continue l'alimentation rectale. Pour alimenter le malade, on introduit une sonde Nélaton n° 17 dans la bouche stomacale. La sonde est retirée de suite après le repas et ne reste jamais en demeure.

Le 22 mai, l'alimentation se fait uniquement par la bouche stomacale qui est parfaitement continente : Somatose, 2 litres de lait, 2 œufs, 50 grammes de cognac par jour.

L'alimentation continue, l'estomac est toujours continent.

L'état général devient meilleur, le malade prend bonne mine, se colore un peu, reprend quelque force, et, le 1er juin, se lève deux heures par jour.

L'amélioration progresse depuis, le malade engraisse, reprend des forces. Il se nourrit lui-même par sa bouche stomacale qui reste parfaitement continente, et quitte le service le 16 juin, en bon état, sans signes de généralisation cancéreuse.

Observation II. — *Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastrostomie par le procédé de Fontan. — Mort.*

(Observation recueillie par M. Melnotte, Interne des Hôpitaux.)

Il s'agit d'un malade, entré, le 17 novembre 1898, dans le service de M. le professeur Gross.

Louis G...., 58 ans, manouvrier. N'ayant jamais avalé ni corps étranger, ni liquide caustique, le malade constata, il y a 3 mois environ, qu'il éprouvait une certaine difficulté pour avaler, les aliments solides tout au moins. Il était obligé de mastiquer longuement, de faire des efforts. En

quelques jours il fut obligé de renoncer complètement à avaler des aliments solides, les liquides seuls pouvaient être déglutis, et encore avec peine, des regurgitations fréquentes expulsant la plus grande quantité de ces liquides. Depuis 15 jours environ, le malade ne peut plus rien avaler du tout; l'alimentation a pour ainsi dire cessé depuis. Aussi en ces 15 jours, a-t-il beaucoup maigri. A son entrée au service, le malade ne semble cependant pas très amaigri. Son facies n'est pas anémié, mais plutôt assez coloré, cyanosé même. Rien cependant à l'auscultation du cœur. A l'inspection du cou, on ne constate rien. A la palpation on trouve un volumineux ganglion, à gauche, à la base du cou. Le ventre est plat, la base du thorax saillante, mais à la palpation on ne perçoit rien : aucune sensation de tumeur à la région stomacale, rien vers le cardia. Le cathétérisme de l'œsophage, pratiqué dès le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, révèle un obstacle au niveau du sommet du thorax, obstacle que l'on ne peut vaincre, et qui ne laisse rien passer, même l'olive la plus fine. A la suite de ce cathétérisme, il n'y a ni douleur, ni hémorrhagie.

On porte le diagnostic de néoplasme de l'œsophage, et l'on propose au malade d'établir une bouche stomacale, ce qu'il accepte. Jusqu'au 23 novembre, jour de l'opération, il est nourri par des lavements alimentaires.

Opération. — 23 novembre 1898. — Anesthésie au chloroforme. Une incision de 10 centimètres environ est faite à 2 centimètres du rebord des fausses côtes. Hémostase de la paroi. M. Gross attire avec une petite pince à griffes un point de la face antérieure de l'estomac, au voisinage de la petite courbure. La hernie conique de l'estomac ainsi obtenue est maintenue par la pince à griffes. La base en est fixée aux lèvres péritonéales de la plaie par une couronne de points de suture à la soie fine. Puis on ouvre l'estomac au thermocautère. On refoule en dedans, avec la pince, le cône d'estomac saillant en dehors et l'on forme ainsi un cul de sac dont la pince occupe l'axe. De chaque côté de la pince, et suivant le grand diamètre de la plaie, on forme un pli creux au niveau duquel la séreuse viscérale

s'adosse à elle-même, et qu'on fixe par une suture séro-séreuse. La pince est alors retirée ; la valvule est constituée. On introduit dans l'estomac une sonde de Nélaton, n° 20, pour l'alimentation du malade, et autour de cette sonde on suture les téguments au crin de Florence. Pansement stérile.

La bouche stomacale devient rapidement incontinente. Les liquides injectés s'écoulent presque aussitôt. L'alimentation stomacale ne se fait pas, et malgré des lavements alimentaires le dépérissement est rapide.

Le malade meurt le 16 décembre 1898, trois semaines après l'opération. L'autopsie n'a pas pu être faite.

(Extrait de la *Revue Médicale de l'Est.* — 1899.)

Nancy. — Imprimerie A. Crépin-Leblond, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino).